



L'ARTHROSCOPIE DE LA HANCHE

SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE, LE DR HASSAN SADRI PRATIQUE DEPUIS PLUS DE QUINZE ANS DES OPÉRATIONS DE LA HANCHE SOUS ARTHROSCOPIE. UNE TECHNIQUE MINIMALEMENT INVASIVE, DONT IL PRÉSENTE ICI LES PRINCIPALES INDICATIONS ET LES AVANTAGES.

Si la première description de l'arthroscopie de la hanche date de 1930, depuis le début des années 2000, cette technique n'est plus uniquement utilisée à des fins diagnostiques ou thérapeutiques mineures: parce qu'elle permet d'intervenir sur la hanche sans l'ouvrir, elle est aujourd'hui largement utilisée dans le domaine chirurgical. Minimale-ment invasive, l'arthroscopie constitue ainsi une alternative très intéressante à la chirurgie ouverte. Cette dernière nécessite en effet une incision de 20 à 30 cm, beaucoup plus traumatisante pour les structures anatomiques, notamment musculaires et capsulo-ligamentaires.

PRÉSERVER L'ARTICULATION

L'arthroscopie de la hanche est principalement indiquée dans les cas de préarthrose, c'est-à-dire d'usure précoce de l'articulation. «Elle permet de soulager les douleurs, de stabiliser une lésion de l'articulation et de retarder, voire d'éviter, la pose éventuelle d'une prothèse», explique le Dr Sadri. Les interventions sur la hanche et le bassin représentent environ 70% de l'activité opératoire de ce spécialiste en chirurgie orthopédique, accrédité depuis l'an dernier à la Clinique Bois-Cerf. Selon lui, il est essentiel de tout mettre en œuvre afin de sauver la hanche le plus longtemps possible: «On sait en effet que 30% des prothèses de

hanche posées avant l'âge de 55 ans doivent être changée dans les quinze ans suivants la date de pose de la prothèse (n.d.l.r.: selon les chiffres du Swedish Hip Arthroplasty Register)». Chez les patients plus âgés, cette alternative mini-invasive doit aussi être examinée si le cartilage est encore bon. Le taux de complications d'une arthroscopie est en effet de moins de 1%, contre environ 5% pour la pose d'une prothèse de hanche. Cette option chirurgicale ne doit toutefois être envisagée qu'en cas de gêne handicapante, dans l'activité quotidienne et/ou sportive, et de douleurs non calmées par les traitements médicamenteux et de physiothérapie.

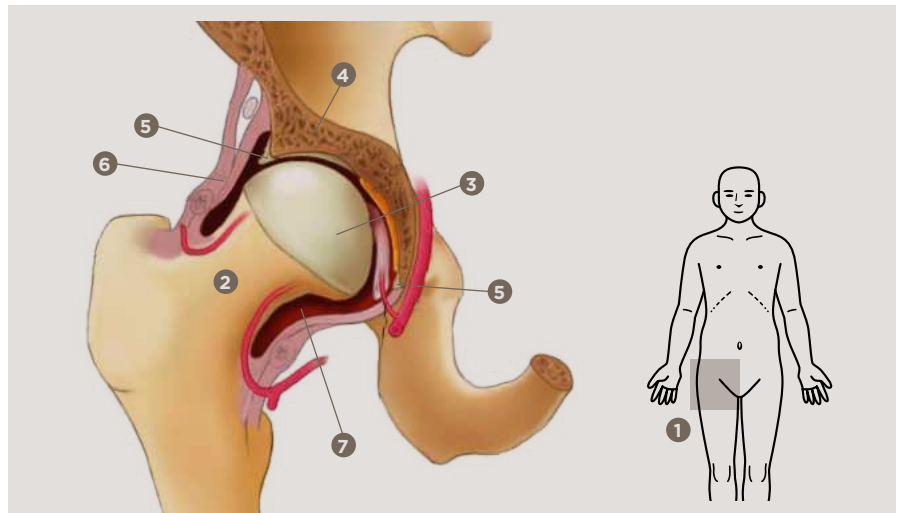
DU MICROTRAUMATISME À LA PRÉ-ARTHROSE

La cause principale de la pré-arthrose de la hanche est le conflit fémoro-acétabulaire. Il s'agit d'une anomalie mécanique (par exemple: une «bosse» sur la tête du fémur) entraînant des microtraumatismes répétés entre le cartilage et le labrum. Le labrum est une sorte de gomme amortissante – comme le ménisque pour le genou – située sur la partie supérieure de l'os iliaque recevant la tête du fémur (voir schéma

anatomique). Ce conflit finit par provoquer des ruptures dans les régions trop fatiguées, qui se manifestent notamment par des douleurs. Une affection qui ne concerne pas uniquement les personnes âgées, mais aussi des patients jeunes et sportifs. D'autres pathologies intra-articulaires peuvent également être traitées grâce à l'arthroscopie, notamment la chondromatose: il arrive parfois que le cartilage s'effrite, il convient alors de retirer les débris ou billes de cartilage qui en résultent et qui gênent le bon fonctionnement de l'articulation. De même, l'arthroscopie permet de réparer des lésions accidentelles avec déchirure du labrum. Celles-ci surviennent, par exemple, en cas de sollicitation de l'articulation, au-delà de la souplesse naturelle ou de traumatismes importants de la hanche. Citons encore le cas des douleurs dites mystérieuses après une pose de prothèse totale de hanche: l'arthroscopie est alors utilisée à des fins diagnostiques et de traitement pour corriger, par exemple, un conflit entre le tendon du psoas et la cupule de la prothèse. «On préfère ici allonger chirurgicalement le tendon plutôt que changer l'implant, c'est beaucoup moins traumatisant», relève le chirurgien.

SIX PETITES INCISIONS

L'arthroscopie stricto sensu ne nécessite que deux petites incisions, une pour introduire une caméra permettant de visualiser l'articulation en temps réel, l'autre pour faire passer les instruments chirurgicaux. «Traditionnellement, un système de traction sur table est placé



La hanche est une articulation située entre le bassin et le fémur ①. La partie supérieure du fémur est formée d'un col ② et d'une tête ③ qui pivote dans le cotyle ④, une cavité du bassin. Les surfaces articulaires sont recouvertes de cartilage. Le labrum - ou bourrelet - ⑤ est une sorte de gomme amortissante en forme de croissant qui améliore le contact entre le cartilage de la tête fémorale et le cartilage du cotyle. La capsule articulaire ⑥ forme un sac étanche entourant et stabilisant l'articulation. Elle est tapissée de la membrane synoviale ⑦. Des muscles et des tendons entourent la capsule articulaire et assurent la mobilité de la hanche et l'équilibre de la marche.

entre les jambes du patient et au niveau de son pied, afin de créer un espace de travail à l'intérieur de l'articulation, explique le Dr Sadri. Ceci entraîne toutefois un pourcentage non négligeable de complications neurologiques et cutanées. J'utilise donc un système de broches afin d'«ouvrir» l'articulation; je les fixe dans le bassin et dans les hanches au moyen de quatre petites incisions supplémentaires.» Une intervention dure en moyenne une heure

et quart, jusqu'à trois heures dans les cas les plus compliqués. Les patients reçoivent une anesthésie générale. «Ils doivent être parfaitement immobiles, une simple toux peut en effet déclencher un véritable tsunami dans l'articulation!», relève-t-il.

Les patients sont hospitalisés entre 24 heures et quatre jours en postopératoire. «Cela dépend en grande partie de la complexité du geste opératoire, de la gestion de la douleur et de la mobilité des patients.» Une fois rentrés chez eux, les convalescents doivent s'aider d'une canne pour marcher, pendant quatre à six semaines. Ils peuvent poser le pied à terre avec une charge progressive de 5 kg jusqu'à la totalité de leur poids corporel. Une réadaptation par physiothérapie est nécessaire pendant trois mois et les éventuelles douleurs postopératoires sont gérées avec des médicaments standard. «Le taux de succès à une année est bon à excellent pour 85% des cas», conclut le Dr Sadri. Seuls 3% des patients voient leur arthrose évoluer, rendant alors indispensable la pose d'une prothèse de hanche. ■

BIO EXPRESS

Spécialiste en chirurgie orthopédique, le Dr Hassan Sadri a été l'un des premiers à opérer la hanche par arthroscopie en Suisse au début des années 2000, au sein des HUG où il a été chef de clinique, puis médecin associé. Également médecin-chef pendant plusieurs années aux Hôpitaux fribourgeois, il a ouvert son cabinet privé en 2003. Il est accrédité à la Clinique Bois-Cerf depuis l'année dernière et collabore étroitement avec Medicol, le Centre de hautes compétences en chirurgie orthopédique, à Lausanne.



ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD